



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
**SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE PAGO DE CUIDADO
INFANTIL/SMART STEPS**

Por favor revise la siguiente información antes de presentar una solicitud para cuidado infantil mediante el Departamento de Servicios Humanos. El cuidado Infantil mediante el Estado de Tennessee es un programa basado en la elegibilidad y necesidad familiar. El Especialista de Cuidado Infantil apropiado le informará acerca de los requisitos de elegibilidad para el tipo específico de cuidado infantil para el que desea presentar una solicitud. Luego de completar la solicitud, comuníquese con la oficina del TDHS del condado de su localidad. (<https://www.tn.gov/content/tn/humanservices/families/child-care-services/child-care-assistance-office-locator.html>). Tenemos servicios de interpretación disponibles a través del Tennessee Language Center en <http://languagecenter.tennessee.org/>.

1. Para determinar Elegibilidad para Asistencia de Pago de Cuidado Infantil, se necesita la siguiente información:

Identificación válida - Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada padre/madre/tutor legal que reside en el hogar:

- Licencia de conducir
- Identificación emitida por el Estado
- Tarjeta de Inscripción para votar (Tennessee)
- Tarjeta I-94
- Pasaporte

Verificación de Residencia Actual – Al menos uno (1) de los siguientes documentos tiene que ser nombre del padre/madre/tutor legal:

- Acuerdo de Renta/arrendamiento
- Recibo de Hipoteca
- Factura de Servicios Públicos

Verificación de ciudadanía - Al menos uno (1) de los siguientes documentos por cada menor hijo(a) que necesita cuidado:

- Pasaporte de los EE. UU.
- Certificado de Ciudadanía de los EE. UU. (Formularios del DHS N-560 o N-561)
- Certificado de nacimiento
- Registros del hospital, clínica, o médico
- Un informe o Certificación de Nacimiento en el Extranjero de un ciudadano de los EE. UU.
- Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los EE. UU. o documentos de adopción, o historial militar

UU. Verificación de parentesco (Certificado de nacimiento, Certificado de matrimonio, Órdenes de un tribunal, etc.)

- Cónyuge/pareja/otro padre/madre
- hermano(a)
- otro menor que puede recibir beneficios debido a custodia o nacimiento

Verificación de ingresos - Al menos uno de los siguientes documentos por cada padre/madre/tutor legal que reside en el hogar

- Talones de cheque de los últimos 8 semanas
- Declaración en papel con membrete del empleador (si el empleo empezó menos que 8 semanas)
- Número de empleo

- 1040 Federal (año más reciente solamente para ser usado para fines de verificación de empleo por cuenta propia)
- Cartas de otorgamiento
- Informe de Empleo por propia cuenta y formulario de Verificación HS-3177

Verificación de Manutención Infantil (Orden del tribunal, Registros de Pago)

Verificación de asistencia/matriculación en escuela/universidad de padre/madre/tutor(es) legal(es), padre/madre menor

- Horario actual de clases por semestre/trimestre – Matriculación y asistencia tiene que ser verificado/confirmado

Cualquier otra verificación(es) necesaria(s) solicitada para determinar elegibilidad

2. No se requiere que los solicitantes proporcionen el número de Seguro Social en la solicitud de asistencia de pagos de cuidado infantil. Sin embargo, esta información puede ser pedida al determinar la elegibilidad.

3. Menor con Discapacidad según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil

“Menor con una discapacidad” incluye:

- (A) Un menor con una discapacidad, según lo define la sección 602 de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (Artículo 1401 del Título 20 del Código de EE. UU.(USC));
- (B) Un menor que es elegible para servicios de intervención temprana conforme a la parte C de la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (Artículo 1431 y subsiguientes del Título 20 del U.S.C.);
- (C) Un menor que tiene menos de 13 años y que es elegible para servicios conforme a la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Artículo 794 del Título 29 del U.S.C.); y
- (D) Un menor con una discapacidad, según lo define el Estado.

4. Sin Hogar- según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil “menores y jóvenes sin hogar”—

- (A) Significa una persona que carece de una residencia nocturna fija, regular, y adecuada; y
- (B) Incluye —

- (i) menores y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda, dificultad económica, o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de caravanas, o campamentos debido a la falta de alojamiento alternativo y adecuado; viven en albergues de emergencia o transición; son abandonados en hospitales; o están en espera de colocación en acogida temporal;
- (ii) menores y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado no designado ni usado normalmente como alojamiento regular para dormir seres humanos;
- (iii) menores y jóvenes que viven en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de nivel inferior, estaciones de autobús o tren, o condiciones similares; y
- (iv) menores migratorios (según se define en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que pueden ser calificados como menor sin hogar para los fines de este subtítulo debido a que los menores viven en condiciones

descritas en las cláusulas (i) a la (iii).

5. Las Fuerzas Armadas- según lo define la Oficina de Administración de Cuidado Infantil

La Administración ha tomado varias medidas para aumentar servicios y apoyo para los miembros de las fuerzas armadas y sus familias. Proponemos añadir un nuevo elemento de datos al ACF-801 para determinar la condición de la familia con respecto al servicio militar. Este elemento identificará si el padre/la madre actualmente está en servicio activo (por ej. sirve a tiempo completo) en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o es un miembro de la Guardia Nacional o una unidad de la Reserva Militar. Estos datos permiten que los Estados y la Oficina de Cuidado Infantil (OCC, por sus siglas en inglés) determinen la medida en que las familias militares tienen acceso al programa del Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF, por sus siglas en inglés).

	Departamento de Servicios Humanos de Tennessee SOLICITUD PARA ASISTENCIA DE PAGO DE CUIDADO INFANTIL/ SMART STEPS
---	--

Idioma principal: (Marque uno)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Inglés | <input type="checkbox"/> 02 Español | <input type="checkbox"/> 03 Nativo, centroamericano, suramericano y mexicano | <input type="checkbox"/> 04 Idiomas del Caribe |
| <input type="checkbox"/> 05 Idiomas del Medio oriente y de Asia del sur | <input type="checkbox"/> 06 Idiomas del Asia del este | <input type="checkbox"/> 07 Idiomas de Nativos de América del Norte/Alaska | <input type="checkbox"/> 08 Idiomas de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> 09 Idiomas europeos y eslavos | <input type="checkbox"/> 10 Idiomas africanos | <input type="checkbox"/> 11 otro _____ | <input type="checkbox"/> 12 No especificado |

Horas de cuidado que se necesitan: Horas tradicionales de las _____ am pm a _____ am pm
 Horas no tradicionales de las _____ am pm a _____ am pm

Nombre del solicitante: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

(Por favor escriba en letra de molde)

NSS: _____ - _____ - _____	Estado civil: (Marque uno)
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo
	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
	Raza: _____
FEC. DE NAC: ____/____/____	

Servicio en las fuerzas armadas

Activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fechas del servicio: ____/____/____
Activo en la reserva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ubicación/Servicio: _____

Cónyuge/Otro padre/madre/Nombre de la pareja: Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

(Si reside en el hogar) **(Por favor escriba en letra de molde)**

NSS _____ - _____ - _____	Estado civil: (Marque uno)
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Forms" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.

Sexo: Masculino Femenino
 Raza: _____
 FEC. DE NAC: ____/____/____

Dirección: Si es persona sin hogar *(Definición en la página 1) Marque aquí
 Dirección de residencia: _____ N°. de Apto _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Correo Electrónico: _____ Teléfono de casa: ____-____-____ Celular: ____-____-____
 Por favor indique el método de contacto preferido: Teléfono de casa Celular Correo Electrónico

Persona alternativa de contacto: _____ Teléfono del contacto: ____-____-____

Menores que necesitan Cuidado Infantil:

Nombre(s) del (de los) menor(es)

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Parentesco
Raza	NSS (opcional) / /	¿El menor tiene una discapacidad? (Definición en la página 1) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Otros miembros de la familia incluidos los menores que NO necesitan Cuidado Infantil:

Apellido	Nombre	Inicial	Parentesco	FEC DE NAC.	SSN
				/ /	- -
				/ /	- -
				/ /	- -

Empleo:

1.
 Nombre del empleador: _____
 Dirección: _____ Número del trabajo _____ - _____ -
 Frecuencia de pago: (Marque una) Semanal Cada dos semanas Bimensual Mensual
 Pago por hora: \$ _____ Horas a la semana: _____

2.
 Nombre del empleador: _____
 Dirección: _____ Número del trabajo _____ - _____ -
 Frecuencia de pago: (Marque una) Semanal Cada dos semanas Bimensual Mensual
 Pago por hora: \$ _____ Horas a la semana: _____

Educación:

Solicitante
 (Marque una)
 Escuela secundaria
 Facultad/Universidad
 Escuela técnica
 Otro

¿Asiste actualmente? Sí No
 ¿De ser "sí", adónde asiste?: _____
 Horas de crédito: _____
 So no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido: _____

Cónyuge/Otro
 padre/madre/Pareja
 (Marque una)
 Escuela secundaria
 Facultad/Universidad
 Escuela técnica
 Otro

¿Asiste actualmente? Sí No
 ¿De ser "sí", adónde asiste?: _____
 Horas de crédito: _____
 So no asiste actualmente, indique el Título/Certificación obtenido: _____

Otros ingresos:

Tipo	Suma mensual	Quien los recibe	Suma mensual	Quien los recibe
Manutención al menor	\$		\$	
Pensión alimenticia	\$		\$	
Seguridad social/ingresos suplementarios del seguro social	\$		\$	
Pensión de veterano	\$		\$	
Subsidios por desempleo	\$		\$	
Empleo por cuenta propia-No granja	\$		\$	
Empleo por cuenta propia-granja	\$		\$	
Fuerzas armadas	\$		\$	

Otro (por favor especifique)	\$		\$	
------------------------------	----	--	----	--

***Books from Birth (Libros desde el nacimiento) (Imagination Library):** Entiendo que al presentar una solicitud para asistencia de cuidado infantil autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee para inscribir a mi(s) niño(s) menor(es) elegible(s) por edad (desde el nacimiento hasta la edad de 5 años) en el programa de Books from Birth. Además, entiendo que al inscribirse mi(s) niño(s) menor(es) recibirá(n) por correspondencia un libro apropiado para su edad gratuito cada mes hasta que mi niño menor cumpla 5 años. Doy mi consentimiento a que se comparta mi información con el personal y asociados de la Fundación Books from Birth con el fin de inscribir a mi niño(a) en el programa de Books from Birth.

***DECLARACIÓN DEL CLIENTE:** Certifico que la información anterior es veraz y correcta. También entiendo mi obligación de informar y proporcionar verificación de cualquier cambio en los ingresos y el tamaño de la familia en un plazo de diez (10) días calendarios. Se me informó de mi derecho a apelar la decisión acerca de los servicios. Además, entiendo que si voluntariamente retengo cualquier información o doy información falsa o tergiverso las circunstancias de alguna de las personas para las que se solicitan los servicios y que por tanto reciba servicios a los que no tengo derecho, seré sujeto a procesamiento penal por parte del Estado de Tennessee por dicho asunto.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Además entiendo y estoy de acuerdo en cooperar si un representante del Departamento de Servicios Humanos solicita verificación de los ingresos y el tamaño de la familia.

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE CONMIGO:

Estoy de acuerdo con que el TDHS se comunique conmigo mediante el servicio de correo de los EE. UU. y por teléfono en la dirección y los números indicados en mi solicitud, y me dejen mensajes si no estoy disponible, según sea necesario para proporcionar información acerca de mi solicitud para beneficios /los servicios o los beneficios / los servicios que ya esté recibiendo.

Firma del cliente o representante: _____ Fecha: _____

Parentesco del representante con el cliente: _____

Política de Apelación en una Audiencia Justa

Usted tiene derecho de apelar cualquier acción o decisión tomada por esta agencia. Una audiencia justa le permitirá explicar por qué piensa que la acción o decisión no son acordes a las normas. El oficial de la audiencia justa decidirá si la agencia se rigió por las normas correctamente o no. Las personas que deseen apelar tienen que completar y presentar el formulario Solicitud de Apelación Consolidada HS-3058 en un plazo de diez (10) días calendario de la fecha de la notificación de denegación o cancelación.

Si usted solicita una audiencia imparcial dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la acción o decisión, puede elegir si desea continuar recibiendo asistencia para el cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si usted solicita una audiencia justa después de los diez (10) días calendario contados a partir de la fecha de la acción o decisión, no se continuará pagando por asistencia para el cuidado infantil durante el proceso de apelación. Si elige continuar recibiendo asistencia para cuidado infantil durante el proceso de la audiencia imparcial y luego se determina que usted no era elegible para recibir asistencia, tendrá que pagar la cantidad total de asistencia para cuidado infantil que no tenía derecho a recibir.

No será penalizado ni tratado injustamente por su Especialista de Cuidado Infantil ni ningún otro empleado del Programa de Certificación por solicitar una Audiencia Justa. Puede traer un amigo(a), pariente, o abogado a la Audiencia Imparcial para que hable en su nombre.

El personal del DHS debe verificar en la sección de "Forms" del intranet para garantizar el uso de las versiones actualizadas. Los formularios no pueden ser alterados sin autorización previa.